

·个案护理·

1例骨纤维异常增殖症患者行视神经管减压术的围术期护理

李莉,杜玉凤,陈文静

(首都医科大学附属北京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科,北京,100176)

[关键词] 骨纤维异常增殖症;视神经减压术;围术期护理

[中图分类号] R473.76 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2015)12-0077-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.12.020

Perioperative nursing of one patients with abnormal bone fibre hyperplasia after optic canal decompression surgery

Li Li, Du Yufeng, Chen Wenjing // Modern Clinical Nursing, -2015, 14(12): 77.

[Key words] abnormal bone fibre hyperplasia; optic canal decompression; perioperative nursing

骨纤维异常增殖症(fibrous dysplasia of bone, FDB),目前临床关于其发病机制尚不明确,多数学者认为是由于原始间叶组织出现异常发育,骨内纤维组织出现异常增生引起,约占骨肿瘤的2.5%和非恶性骨肿瘤的7%^[1-2]。其生长特点为病骨区畸形肿胀,可广泛侵入鼻窦、眼眶及颅前窝底,表现为鼻塞、嗅觉减退、面部不对称、眼球突出、移位、复视、视力障碍和张口困难等。本院于2015年7月收治1例家族遗传性Albright综合征FDB行视神经管减压术后跌倒患者,现将护理体会报道如下。

1 病例介绍

患者女,25岁,于2015年7月7日因视神经管减压术后FDB收治入院。患者2005年5月因双眼视力下降(左0.04,右0.06)后诊断为FDB并行双眼视神经管减压术;患者2008年10月双眼视力再次下降(左0.02,右0.04)并再次行双眼视神经管减压术,术后视力无变化。患者近1年来闭经、颅底骨质增生、垂体受压。患者入院查体:视力左0.01,右0.04,神志清楚,精神、心理及营养状况良好,无鼻塞,无鼻出血,无嗅觉障碍,无眼球活动障碍,有胸椎外伤史、右腿活动欠佳,患者右手食指

第二指关节异常增大膨隆、活动受限,有FDB家族史。鼻窦CT显示颅底FDB。头部MR显示垂体未见明显异常,脑颅骨形态、信号改变,符合FDB,右侧中、上鼻甲及鼻中隔上部分缺损,考虑视神经管减压术后改变。胸部CT显示双侧多发肋骨形态欠自然,胸椎异常密度,双下肺异常高度密影。术前检查血清促甲状腺激素、催乳素、促黄体生成素、卵泡刺激素、血清皮质醇、生长激素均不正常。患者于2015年7月13日行鼻腔鼻窦FDB切除术+视神经管减压术,术后给予抗炎、激素冲击、营养神经治疗。该例患者于术后2d跌倒,患者右肩部、颜面部着地,四肢活动正常,颜面部瘀紫,面积约4cm×5cm。给予患者化学冰袋冷敷右侧颜面部、吸氧、静脉补液治疗,并做好心理护理。神经外科、骨科会诊,行头颅、右肩部CT检查,无明显异常,7d内患者右颜面部瘀紫于逐渐消退。患者术后14d出院。

2 手术方法

患者在全麻影像导航鼻内镜下行鼻腔鼻窦FDB切除术+视神经管减压术,1%地卡因+0.1%盐酸肾上腺素纱条收缩鼻腔黏膜,鼻内镜检查鼻腔,见术后改变,影像导航探针指引下见双侧眶尖及蝶鞍、斜坡区骨性增生明显。单极电凝切开鼻中隔后端肿物表面黏膜,咬除肿物组织,充分暴露后方蝶鞍区。高速钻磨除斜坡凹陷及鞍区增殖肿物,钳

[收稿日期] 2015-08-10

[作者简介] 李莉(1981-),女,北京人,主管护师,本科,主要从事鼻科护理工作。

除留送病理。金刚砂钻继续打磨至鞍底硬脑膜暴露,硬脑膜完整,暴露双侧视神经,右侧视神经变细,左侧尚正常。剪断留置之鼻中隔黏膜瓣,覆盖双侧视神经及鞍底。手术过程顺利,术中出血量约 600 mL。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理干预 该例患者行 2 次视神经管减压术后出现视力下降,内心充满担心与焦虑,向其介绍该影像导航手术的优越性、手术过程、麻醉方式和术前、术中的配合要点,并指导患者对视力改善保持适度期待。并向患者讲解术后可能出现的不适,使患者有充分的心理准备,解除顾虑,增进患者治疗疾病信心。

3.1.2 备血 由于鼻颅底解剖结构复杂,与相邻的血管、神经关系紧密,该例患者反复手术、解剖标志不清,手术难度大、时间长,并有术中大出血病史。患者手术切除过程中容易出血,常规备血量约 500 ~ 1000 mL^[3],与医生共同向患者及其家属做好解释工作并征得同意,术前 3 d 交叉配血,与血库联系,给予备悬浮红细胞 20 U,冰冻血浆 2000 mL。

3.1.3 安全护理 FDB 正常骨组织部分被增生的纤维组织所代替,骨皮质变薄,易发生病理性骨折^[4]。术前详细评估患者皮肤及全身情况。该例患者右手食指第二指关节异常增大膨隆、活动受限,且有胸椎外伤史、现右腿跛行活动欠佳。术前胸部 CT 示:双侧多发肋骨形态欠自然,胸椎异常密度,双下肺异常高度密影。为防止患者跌倒,加强巡视病房,与带患者检查者详细交代。术前手术室护理访视,责任护士详细交代患者容易发生骨折,防止不良事件发生。

3.2 术后护理

3.2.1 体位护理 鼻腔鼻窦手术患者回病房后去枕平卧 2 ~ 4 h,清醒后可采取半卧位,抬高床头 15 ~ 30°,以减轻头部充血、局部伤口水肿,促进鼻腔分泌物排出,缓解头痛及眼部肿胀。该例患者术后主诉从卧-坐-立位,有过性头昏及视物模糊,故术后 3 d 内协助患者尽量卧床休息,减少下地活动,并给予患者加床档。并在患者卧床期间,协助患者床上活动,适当按摩、促进血液循环,保持床单位清洁,防止潮湿及硬物摩擦。

3.2.2 病情观察 应用影像导航的手术在术中使用控制性降压^[5],患者术后回病房,严密监测生命体征,持续心电监护 10 h,观察血压、心率、呼吸变化,患者血压波动在 72 ~ 109/56 ~ 78 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa),心率波动在 82 ~ 120 次/min,呼吸波动在 16 ~ 20 次/min。患者无心慌、心悸等不适主诉。术后 5 ~ 7 d 是感染的高发期,密切观察体温变化是防止术后颅内感染的重要环节。监测体温 4 次/d,患者体温波动在 36.1 ~ 37.0℃之间。该例患者术后至出院期间病情平稳。

3.2.3 眼部护理 该例患者术中暴露双侧视神经,右侧视神经变细,左侧尚正常。观察患者眼周皮下有无渗血(熊猫眼)、眼球活动情况、瞳孔大小变化、视野,并通过对光反射对视神经功能进行判断。术后肌肉注射甲钴胺注射液 500 μg,每日 1 次,促进视神经功能的恢复。术后 1 d 起,每日定时检测患者视力。术后患者视力左眼 0.01,右眼 0.04,视力、视野较术前无明显变化。

3.2.4 鼻腔出血观察 对患者鼻腔有无活动性出血进行严密观察,告知患者由于手术创伤面不缝合,仅以填塞物进行局部压迫,鼻腔会有血性分泌物渗出属正常现象,用纸轻轻擦拭即可,2 ~ 3 h 后会逐渐减少且颜色变暗。勤巡视病房,观察患者鼻腔渗血情况,嘱患者勿吞咽血液和分泌物,以便观察出血量。嘱患者尽量避免打喷嚏、擤鼻,防止鼻腔填塞物松动引起出血,可让患者张口做深呼吸,或将下切牙咬紧上唇抑制喷嚏打出。保证分泌物充分流出,不可堵塞鼻孔,防止感染。发现患者有频繁吞咽动作或反复从口中吐出血液或血凝块,出血量过多,要及时报告医生,并协助医生处理。该例患者术后 5 d 抽出鼻腔内部分填塞物,2 周内抽出全部纱条,住院期间未发生鼻腔活动性出血。

3.2.5 监测电解质水平 该例患者术中切开剥离蝶鞍区黏膜,高速钻磨除斜坡凹陷及鞍区增殖肿物,金刚砂钻继续打磨至鞍底硬脑膜暴露。累及蝶鞍区肿瘤术后的患者需密切监测电解质水平,了解血钠、血氯和血糖水平变化^[6]。同时该例患者术后使用甲强龙激素冲击疗法,大剂量使用激素后可能出现一系列用药反应:电解质紊乱、骨质疏松、继发性糖尿病、高血压症、精神亢奋、两目有神、满月脸、

水牛背、怕热、口干等。详细告知患者可能出现的并发症,密切观察患者病情变化。每日监测空腹血糖1次,波动在4.7~6.0 mmol/L之间,术后第3 d及第10 d复查生化全项1次,患者各指标正常。

3.2.6 跌倒护理 该例患者术后视力下降无改善,加之右脚破行,活动不便,肋骨多发骨折,术后激素冲击治疗,可能导致骨质疏松,均为安全隐患。该例患者于术后2 d,晨起6:30am在卫生间大便后起身时不慎跌倒,患者右肩部、颜面部着地,颜面部瘀紫,面积约4 cm×5 cm。立即将患者扶至病床,血压115/75 mmHg、心率102次/min、呼吸22次/min,给予患者化学冰袋冷敷右侧颜面部、吸氧、静脉补液治疗,并做好心理护理。急请神经外科、骨科会诊,行头颅、右肩部CT检查,无明显异常,患者右颜面部瘀紫于7 d内逐渐消退。该例患者跌倒原因分析:0:00~7:00 am时间段值班护士只有1名,工作量大,患者起床上厕所无人陪伴,怕麻烦护士未及时呼叫护士;患者入院时,《患者跌倒/坠床危险因素评估表》评分为6分,护士巡视不到位。相关护理措施:①跌倒是指患者突发、不自主的、非有意的体位改变,倒在地面上或者更低的平面上^[7]。术后患者上厕所后起来是跌倒的易发时段,护士对高风险患者增加巡视次数,及时发现患者异常。②直立性低血压是由于体位改变,如从卧位或蹲位,突然转变为坐位或立位或长时间站立发生的低血压^[8]。该例患者清晨如厕后起身动作过快,导致一过性脑缺血发作而跌倒,嘱其在变换体位时动作要轻,患者起床做到醒后30 s再起床,起床后30 s再站立,站立后30 s再行走^[9],避免直立性低血压而跌倒。③加强对护士的培训工作,培养护士的预见性,对高危人群要心中有数,认真做好交接班。④指导患者养成良好的排便习惯,保持大便通畅,宜吃新鲜的蔬菜和水果,如苋菜、油菜、大白菜、西兰花、苦瓜、马铃薯、山楂、柠檬、鲜枣、柑橘、猕猴桃等,忌辣椒、桂皮、葱、蒜等刺激性食物。大便干燥时及时使用导泻药,避免患者术后上厕所时间太长及用力过度而引起头晕跌倒。⑤高跌倒风险患者去厕所应有人陪伴,并告知患者厕所扶手的使用方法。⑥患者卧床休息时,加床挡避免坠床,呼叫器放于患者伸手可及处,房间及浴室地面保持干

净,防止滑倒。照明灯光适宜。⑦发生跌倒不良事件后及时将发生过程、患者状况及后果24 h内上报护理部。护士长组织科内人员进行原因分析,制订防范措施,加强安全防范意识,完善护理管理制度。该例患者住院期间无发生其他不良事件。

3.2.7 出院指导 告诉患者生活和工作环境注意安静舒适,保持温湿度适宜,注意通风,保持室内空气清新;保持良好的心理状态,适当参加锻炼,保持愉快心情;恢复期禁烟酒、禁辛辣刺激食物,选择含有丰富维生素、蛋白质的饮食(如新鲜水果、蔬菜、鱼、瘦肉),增强机体抵抗力;避免挤压、碰撞鼻部,改掉挖鼻、大力擤鼻等不良习惯;冬春季外出时戴口罩,减少花粉、冷空气对鼻黏膜的刺激;告知患者术后定期复查的重要性,建立良好的通讯方式,定期随访、复查,包括专科检查、内分泌激素水平监测、影像学检查以及视力、视野改变,嘱患者如果出现不适可以随时门诊、电话或网络咨询。

4 讨论

FDB临床上分为单骨型、多骨型、Albright综合征,其中以多骨型最多见,单骨型最常见,Albright综合征由多骨型纤维结构不良、性早熟和皮肤色素沉着组成,病种罕见,其中以女性为多见,内分泌紊乱症状可发生于3岁前,常伴有糖尿病、甲亢、动静脉瘘等^[10]。疾病早期无明显症状,青少年后才出现症状,病程较长^[11]。多是由于局部畸形、疼痛及病理骨折等就诊,不会产生恶性病变^[12]。本病为常染色体显性遗传病,具有家族遗传性。部分学者研究认为定位于Gs-a蛋白上的一个基因位(postzygotic点)发生错义突变所致^[13]。FDB患者手术治疗根据原发部位、侵犯范围和功能损害程度灵活掌握,原则上是尽可能彻底清除病变组织,又能最大限度地保留器官生理功能和美容效果^[14]。FDB禁止采用放射疗法,放射疗法治疗无效,还可能引起恶性病变。FDB复发率10%~30%,复发与手术切除范围及手术年龄有关^[15]。目前病因不明,尚无有效的预防措施,故早诊断早治疗是本病的防治关键。该例患者为青年女性属慢性病程,术中切除明显增生骨质,保留患者器官的生理功能,患者术后视力左眼0.01,右眼0.04,视力、视野较术前无明显变化。

5 小结

通过 1 例家族遗传性 Albright 综合征 FDB 视神经减压术后跌倒患者的围手术期护理, 包括术前通过对患者实施个性化心理护理, 减轻患者焦虑心理, 充分评估患者病情, 做好备血工作, 加强安全护理, 术后通过对患者严密观察鼻腔渗血, 湿敷贴减轻疼痛, 监测生命体征, 视力变化, 关注电解质情况, 防止并发症发生, 加强安全防护, 针对患者病情特点, 采取有效的护理措施, 可促进患者康复, 提高患者满意度。

参考文献:

[1] 陈军,王玉清,刘忠岐. 骨纤维异常增殖症的影像学诊断[J]. 中国继续医学教育, 2014, 7(3): 193.

[2] Yetiser S, Gonul E, Tosun F, et al. Monostotic craniofacial fibrous dysplasia; the Turkish experience [J]. J Craniofac Surg, 2006, 17(1): 62-67.

[3] 葛文彤,周兵,韩德民,等. 影像导航下的鼻内镜手术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2004, 17(3): 64-65.

[4] 潘肃,高中礼. 骨纤维结构不良的研究进展[J]. 国外医学·骨科学分册, 2004, 25(3): 161.

[5] 王青山. 电脑影像导航辅助下鼻内窥镜手术的麻醉特征分析[J]. 医学理论与实践, 2003, 16(12): 1398-1400.

[6] 栗艳,蒋小红. 鼻内镜下鼻颅底肿瘤切除围手术期的护理[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2008, 13(2): 150.

[7] 陈晓君,陈瑞珍,蔡雁飞,等. 神经内科住院患者跌倒的危险因素分析与对策[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(10): 1528-1530

[8] 田陈红,刘学英,缪巧英. 鼻部手术病人术前用药致跌倒的防范[J]. 护理研究, 2007, 21(8): 2133-2134.

[9] 季淑凤. 老年跌倒问题分析与预防[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(1): 63-65.

[10] 王涛. 骨纤维异常增殖症的 X 线与 CT 表现分析[J]. 中国继续医学教育, 2014(13): 41-42.

[11] 余永桂. 不常见影像学表现腰椎骨纤维异常增生症 1 例[J]. 中国医药导报, 2011, 8(18): 143, 146.

[12] 钟志伟,张雪松,崔建岭,等. 骨纤维异常增殖症环形硬化边的影像学分析[J]. 临床放射学杂志, 2010, 29(2): 216-219.

[13] 杨荣涛,李祖兵. 骨纤维异常增殖症病因及其发病机制的研究进展[J]. 国际口腔医学杂志, 2008, 35(4): 424-425.

[14] 赵耀新,张涛. 鼻腔鼻窦骨纤维异常增生症 1 例[J]. 广州学报, 2014, 35(20): 3217-3218.

[15] 周建武. 骨纤维异常增殖症的影像学分析[J]. 中国社区医师(医学专业), 2011, 13(26): 184.

[本文编辑:李彩惠]

· 信 息 ·

2016 年《现代临床护理》订阅订户信息表

工作单位:		邮编:
订阅人姓名:	收件人姓名:	邮编:
收件人姓名:		
联系电话(区号):		
汇款金额:	元	汇票收据号:
订阅方式: <input type="checkbox"/> 邮局报刊发行 <input type="checkbox"/> 邮局个人汇款 <input type="checkbox"/> 编辑部		
备 注		